

Eesti Arst 2005; 84 (3): 193-194

Tervishoiutöötajaid varitseb suur risk nakatuda hepatiidi- või HI-viirusega

Väino Sinisalu – EA peatoimetaja

On üldtuntud tõsiasi, et Eestis suureneb B-hepatiidi või HI-viirusega nakatunute arv ning sagenevad meditsiinipersonali kokkupuuted nakatunutega.

On teada vähemalt 20 erinevat haigustekitajat, mis võivad levida nakatunud vere või kehavedelike kaudu. Neist sagedamini esinevad on B-hepatiidi ja C-hepatiidi ning HI-viirus. Meditsiintöötajaid ohustab kõige sagedamini kokkupuude patsiendi verega, kui töötaja on end vigastanud meditsiinilise terariistaga. Selliseid enesevigastusi esineb sageli, kuid mõnigi kord on vigastused väga pindmised ning esmapilgul tühised, mistõttu neile ei pöörata tähelepanu. On esitatud andmeid, et USAs tuleb ette keskmiselt 0,5–2 torke- või kehvast kirurgi kohta aastas.

Olukorras, kus nakatumine HI- ja hepatiidiviirusega rahvastikus sageneb, kasvab ka meditsiinipersonali nakatumise oht. See ei ole enam abstraktne ega teoreetiline arutlus: ka Eestis sagenevad juhud, kus nakatunud haiget ravides on ohtu sattunud meditsiinitöötaja, kes on vigastanud end instrumendiga, mis on kokku puutunud patsiendi verega. Väga paljudel juhtudel tekivad sellised enesevigastused erakorraliste ja eluohtlikus seisundis haigetega tegeledes, kui puuduvad andmed patsiendi anamneesi kohta.

On teada, et HIV-infektsioon Eestis ei levi peamiselt narkomaanide või eluheidikute seas, vaid järjest sagedamini nakatuvad sellesse täiesti tavalised inimesed sugulisel teel. Seda enam peaks suurenema meditsiinipersonali valvsus ja ohutunne olukorras, kus haiget abistades puututakse kokku tema kehavedelikega.

Eestis kehtivate regulatiivide alusel vastutab hospitaalinfektsiooni ennetuse eest raviasutuse juhtkond. Igas raviasutuses peaks olema vere ja teiste kehavedelikega levivate infektsioonide väl-

timise juhend. Üldjuhul see ka igas raviasutuses on. Murettekitav tõsiasi on, et personal ei tea neist juhenditest eriti midagi, samuti pole selge, kas see on tingitud sellest, et ei oldagi huvitatud või on neid vähe tutvustatud. Küllap on peamine põhjus siiski reaalse ohutunde puudumine.

Siinkohal ei ole liigne meenutada, kuidas toimida potentsiaalselt nakkusohtliku patsiendiga kokkupuute järel. Vigastuse või saaste korral tuleb lasta verel nahavigastusest vabalt voolata, seejärel pesta vigastatud piirkonda seebi ja rohke veega vähemalt 2 minutit jooksva vee all. Pritsmetega saastumise korral loputatakse silmi rohke (0,5–1 l) steriilse füsioloogilise lahusega. Teisi limaskesti ja nahka loputatakse rohke veega. Ei ole tõendeid selle kohta, et antiseptiliste ainete kasutamine või haavapiirkonna pigistamine vähendaks nakkusrisi. Õigesti toimides tuleb juhtum ka viivitamatult registreerida raviasutuses kehtiva korra kohaselt.

Juhul kui patsient, kelle verega saastunud instrument põhjustas töötaja vigastuse, osutub viirusekandjaks, vähendab õigeaegne, soovitatavalt esimese 2 tunni jooksul alustatud immuun- või raviprofülaktika märkimisväärselt haigestumise riski.

Profülaktiliste meetmete alustamise kord peab igas raviasutuses olema kindlaks määratud. Suuremates haiglates on vastavad vaktsiinid või ravimpreparaadid olemas erakorralise meditsiini osakondades. Nõu ja juhatus võib saada TÜ Kliinikumi valvestilt. Veel kord tasuks meenutada, et profülaktikaabinõudega tuleb alustada viivitamatult. HI-viirusega nakatumise kahtluse korral alustatakse ravi 2 preparaadiga: židovudiin 600 mg päevas ja lamivudiin 300 mg päevas. Antiretroviiruse profülaktika peab kestma 1 kuu. Juhul kui selle perioodi vältel on töötaja korduvalt kontaktis nakkusohtliku materjaliga, tuleb profülaktikat

pikendada veel 1 kuu pärast viimast nakkusohtlikku kontakti. Kui uuringutel selgub, et patsient ei ole viirusekandja, lõpetatakse profülaktiline ravi.

Tegelikult on sageli nõnda, et profülaktilise kuuri alustamiseks saab töötaja ravimi raviasutusest, ravi jätkamiseks kirjutatakse välja retseptid. Siit algavad ka küsitavused. Židovudiin on ravim, mille patsiendi jaoks kompenseerib 100% haigekassa. Lamivudiin kompenseeritakse patsiendile 50% ulatuses. See tähendab, et 1 kuu pikkune profülaktilise ravi kuur läheb abivajajale maksma umbes 2700 kr, mis on juba arvestatav summa. Meil puudub igasugune regulatsioon, kuidas kompenseeritakse tööprotsessis saadud nakkusohu korral töötajatele vajalikud profülaktikameetmed. Igapäevapraktikas on raviasutus senini püüdnud

mingil viisil näiteks lamivudiini töötajale tasuta kättesaadavaks teha.

Praegu on väljatöötamisel AIDSi profülaktika riiklik strateegia aastateks 2006–2010. Dr Kai Zilmeri sõnul püütakse selles reguleerida ka meditsiinitöötajatele vajaliku profülaktilise ravi kompenseerimist.

Senini aga saavad kolleegid – meditsiinitöötajad – loota vaid iseendale. Kiireim tee võiks olla kollektiivlepingutes töötajate nakkuskaitse ja profülaktika viisid kokku leppida. Sellistel lepetel on töötajale ka täiendav kasu: tööandja hakkab huvituma töö korraldamisest nii, et töötaja nakkusoht oleks minimaalne.

eestiarst@eestiarst.ee